

Anamnese

Patient/in:

Name: Vorname:
Geb.datum: Geburtsort:
Straße:
PLZ: Ort:
Tel (privat): Tel (geschäftl.):
Beruf: Arbeitgeber:
E-Mail:

Haben Sie eine Zusatzversicherung (bei Kassenpatienten): ja nein

Versicherte/r (falls von oben abweichend):

Name: Vorname:
Geb.:
Straße:
PLZ: Ort:
Beruf: Arbeitgeber:

Erkrankungen:

Herzerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leberentzündung (Hepatitis)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Epileptische Anfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	MRSA	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? Wenn ja, welche?

Liegt bei Ihnen ein Herzklappenfehler vor

oder haben Sie eine künstliche Herzklappe?

ja nein

Besitzen Sie einen Endokarditis-Pass?

ja nein

Bitte Rückseite beachten! =>

Ihr Hausarzt heißt :

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein (Marcumar/ASS)? ja nein

Wenn ja, welche und wie oft?

Bestehen bei Ihnen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie jemals eine unangenehme Reaktion auf eine
Betäubung beim Zahnarzt? ja nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

Wenn ja, welcher Monat?

(Ort, Datum)

(Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigte/r)

! Terminabsagen bitte spätestens 24 Stunden vor dem Termin!

Recall:

Ich bin bereit am Recall-System (schriftliche Erinnerung an die halbjährliche Kontrolluntersuchung) teilzunehmen und stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Wählen Sie, auf welchem Weg wir Sie kontaktieren sollen:

Brief

E-Mail

(Ort, Datum)

(Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigte/r)

Hinweis:

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.